

## رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان

مونا چراغی، کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، پلی کلینیک شهید فلاحی تهران.  
حسین مولوی، استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان.  
hmolavi@edu.ui.ac.ir

### چکیده

رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت روانی و جسمانی بارها مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده است که بین باورهای مذهبی و سلامت روانی و جسمانی همبستگی مثبت وجود دارد. هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان بود. به این منظور، در قالب یک طرح همبستگی و به وسیله روش نمونه گیری تصادفی، یک نمونه ۵۰ نفری (۲۵ نفر مذکر و ۲۵ نفر مؤنث) انتخاب گردید و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و مقیاس سنجش دینداری (سراج زاده، ۱۳۷۷) در اختیار آنها گذاشته شد. پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار زیر مقیاس شامل جسمانی سازی، اضطراب و بدخواهی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. همچنین مقیاس سنجش دینداری که بر اساس نظریه چند بعدی دینداری گلاک و استارک تهیه شده است، چهار بعد دینداری شامل ابعاد اعتقادی، عاطفی (تجربه ای)، پیامدی (کاربردی) و مناسکی را مورد بررسی قرار می دهد. همبستگی نمرات این دو پرسشنامه و رابطه بین ابعاد مختلف دینداری با سلامت عمومی بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین نمره دینداری کلی و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد ( $p = 0/01$ ).  $r = -0/36$ . سه بعد اعتقادی، تجربه ای و مناسکی دینداری با زیرمقیاسهای مختلف سلامت عمومی همبستگی معناداری داشتند. بعد پیامدی دینداری با هیچ کدام از زیرمقیاسهای سلامت عمومی رابطه نداشت. همچنین زیرمقیاس جسمانی سازی با ابعاد مختلف دینداری رابطه معناداری نشان نداد.

**واژه های کلیدی:** سلامت عمومی، دینداری، دانشجویان.

## مقدمه

در قرن بیستم اعتقاد غالب دانشمندان بالینی بر این بود که دین عاملی منفی در بهداشت روانی و یا حداکثر عاملی خنثی است. این اعتقاد ریشه در افکار فروید داشت که معتقد بود اعتقادات مذهبی نوعی مکانیسم دفاعی هستند که زائیده نیاز فرد به تحمل پذیر کردن تنهایی اوست. نظریه پردازان بالینی نیز معتقد بودند افراد دارای عقاید مذهبی قوی، بدگمان‌تر، غیر منطقی‌تر، بی‌ثبات‌تر و دارای احساس گناه بیشتری نسبت به دیگران هستند و توانایی کمتری برای مقابله با مشکلات زندگی دارند. بنابراین، در تمام طول قرن بیستم اصول و مقوله‌های معنوی به عنوان موضوعاتی ممنوعه در بیشتر انواع درمانها مطرح بودند (کامر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). البته، نظر فروید در مورد مذهب کاملاً غلط نبود. اریک فروم (۱۹۵۰ به نقل از میلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) نیز بر این باور بود که مذهب مستبدانه و بی‌انعطاف در فرد حالات نوروژ ایجاد می‌کند، اما دین انسان‌گرایانه و خوش‌بینانه باعث رشد استعدادهای فرد و ارتقای سطح سلامتی وی می‌گردد.

کوئینگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) که تحقیقات زیادی بر روی رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان انجام داده است نیز اظهار می‌کند که همیشه باورهای مذهبی با سلامت روان همراه نیست. گاهی متخصصان بالینی با مراجعانی مذهبی برخورد می‌کنند که دچار احساس گناه، نشخوارهای فکری، نگرانی و احساس طردشدگی هستند که این امر می‌تواند به واسطه محتوای باورهای دینی ایجاد شود.

در دنیای قرن بیستم دین مانعی بر سر راه مدرنیزاسیون جوامع بشری و نشانه‌ی کهنه پرستی بود. انسان کنونی در مرحله گذر از دوران مدرن به سوی دنیای پست مدرن است، اما تصویر زندگی او با دلزدگی و مادی‌گرایی مخدوش شده است. در جوامع انسانی خصوصاً جوامع ثروتمند، احساس بی‌معنایی و عدم خوشبختی علی‌رغم رفاه مادی افزایش یافته است. تجربه نشان داده است که مادی‌گرایی در ایجاد شادی و احساس خوشبختی موفق نبوده است. افرادی که توجه بیشتری به ثروت، ظاهر شخصی و شهرت دارند، بیشتر دچار افسردگی، کاهش انگیزه برای زیستن و دردهای

---

1. Comer  
2. Miller  
3. Koenig

جسمانی می شوند. تحقیقات نشان داده است که مادی گرایی باعث به خطر انداختن سلامت روانی و جسمانی افراد می شود (کسر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲ به نقل از عنایت الله<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی است. حتی در جوامع صنعتی و فرامردن نیز برخلاف انتظار، معنویت طالبان زیادی دارد و از عناصر مهم زندگی افراد جامعه است. آماري که در نتیجه پژوهشهای نظرسنجی در آمریکا منتشر شده اند، براین ادعا صحنه می گذارند (بیکر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷ به نقل از میلر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). آمار و ارقام بیانگر این موضوع است که مردم آمریکا نسبت به جنبه های معنوی و مذهبی زندگی علاقه مند هستند.

البته، گرایش به باورهای مذهبی و معنوی تنها به مردمان آمریکا محدود نمی شود. شبکه بین المللی بین الادیانی حقوق بشر<sup>۵</sup> اعلام کرده است که توجه به باورهای مذهبی و معنوی یک پدیده بین المللی است (به نقل از میلر، ۲۰۰۳).

دین از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می دهد. فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگترین نیروی موجود می بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می دهد. او خداوند را منشأ خیر و برکت می داند. بنابراین، در نظر چنین فردی همه رویدادها حتی بلايا و مصایب نعمت و آزمایشی از جانب خداوند تلقی می شوند. او خود را موظف می داند که سختی هایی را که با قدرت عقل قابل توجه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به واسطه ناملایمات و ناکامیهای زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی گردد، زیرا خداوند را حامی خویش می داند. او اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. فرد دیندار با هموعان و اطرافیان خود رابطه خوب و مبتنی بر احترام متقابل و محبت برقرار می کند (کروز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

---

1. Kasse  
2. Inayatulla  
3. Bake  
4. Amnesty International Interfaith Network for Human Rights  
5. Krause

کوئینگ (۲۰۰۴) حداقل ۱۰ دلیل برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان ارائه می‌کند که به شرح زیر هستند:

- ۱- مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند.
- ۲- مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود.
- ۳- افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند.
- ۴- مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود. امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند.
- ۵- افراد مذهبی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند. آنها وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند.
- ۶- احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود؛ به این گونه که دعا کردن باعث احساس غیر مستقیم کنترل بر شرایط به ظاهر غیر قابل تغییر و ناگوار می‌شود.
- ۷- افراد مذهبی از شخصیت‌های دینی که رنج بسیار کشیده‌اند، الگوبرداری می‌کنند و این مسأله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر در آنها می‌شود.
- ۸- افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند. این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای اطرافیان و خود و کاهش تصمیم‌گیری‌های خود مخرب سوق می‌دهد، و این امر تا حدی از شدت استرس‌های زندگی می‌کاهد.
- ۹- مذهب تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است؛ بویژه در موارد اضطراری که علم قادر نیست به فرد کمک کند. این مسأله بخصوص در موارد جدی مثل بیماری‌های لاعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است.
- ۱۰- مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود. این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و حتی خداوند ایجاد می‌شود.

کوئینگ ( ۱۹۹۸ به نقل از بائومل<sup>۱</sup> ، ۲۰۰۰ ) ۵۵۷ بیمار بستری در بیمارستان را که بیش از ۵۵ سال سن داشتند، مورد بررسی قرار داد. او دریافت که گرایشها و رفتارهای مقابله ای مثبت مذهبی رابطه معکوسی با احتمال ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی دارد. منظور از گرایشهای مذهبی مثبت، اعتقاد به مهربانی خداوند و داشتن تصویری خوب از مذهب است. رفتارهای مذهبی مثبت شامل مواردی چون اعتقاد به مهربانی خداوند، سعی در رسیدن به خداوند و جستجوی حمایت از منابع مذهبی است. کوئینگ به نتایج جالب دیگری نیز دست یافت. او بیان داشت اعتقاد به تصویری تنبیه کننده از خداوند، عجز و لابه برای شفاعت، هیجانانگیز منفی نسبت به خداوند مانند ترس و خشم و نگرش منفی نسبت به کلیسا رابطه معکوس با سلامت روانی نشان داده است.

کیم<sup>۲</sup> و همکاران ( ۲۰۰۴ ) سعی کردند رابطه بین معنویت و سلامت روان را تبیین نمایند. آنها نتیجه گرفتند رابطه بین معنویت و آشفتگی های روانی مانند یک U معکوس است؛ به این ترتیب که افرادی که نمره خیلی بالا یا خیلی پایین در پرسشنامه معنویت کسب کرده بودند، نسبت به افرادی که نمره متوسطی به دست آورده بودند، احساسات مثبت بیشتری مانند شوخ طبعی و اعتماد به نفس و هیجانانگیز منفی کمتری مثل خصومت و غم را تجربه می کنند.

نتایج تحقیقات زیادی نشان داده است که بین گرایشهای مذهبی و سلامت روانی و جسمانی ارتباط وجود دارد. از طرفی بسیاری از محققان اثر بخشی درمانهای مبتنی بر مذهب را در درمان بیماریهای روانی گزارش نموده اند.

میلر در سال ۱۹۹۷ ( به نقل از بائومل ، ۲۰۰۰ ) تحقیقی بر روی ۸۱ مادر و ۱۵۱ کودک متعلق به آنها در یک بازه زمانی ۱۰ ساله انجام داد. نتایج کار او نشان داد که مادران مذهبی تر ۸۱ درصد کمتر از مادران دیگر دچار افسردگی شدند. دختران مادران مذهبی ۶۰ درصد کمتر از دختران مادران غیر مذهبی و فرزندان پسر مادران مذهبی ۸۴ درصد کمتر از فرزندان پسر مادران غیر مذهبی دچار افسردگی شده بودند.

کوئینگ ( ۲۰۰۴ ) بیان می کند که تا قبل از سال ۲۰۰۰ بیش از ۷۰۰ تحقیق کمی در حیطه رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان صورت گرفته است که نزدیک به ۵۰۰ مورد از آنها وجود

---

1. Baume  
2. Kim

رابطه بین دینداری با سلامت روان و حمایت اجتماعی را تأیید کرده اند. نکته قابل توجه دیگر این است که تنها در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ بیش از ۱۱۰۰ پژوهش و بازنگری در این حیطه منتشر شده است. این مسأله نشان دهنده افزایش علاقه محققان به بررسی در حیطه مورد نظر است. وی با تحلیل پژوهش‌های موجود در این زمینه به نتایج زیر نایل گردید:

- از ۱۱۴ تحقیق کمی انجام شده که به بررسی رابطه بین دینداری با هیجانات مثبت و روابط اجتماعی مناسب پرداخته بودند، ۹۱ مورد وجود رابطه معنادار و مثبت بین آنها را تأیید کردند.

• از ۱۶ تحقیق انجام شده در مورد رابطه بین دینداری با هدف و معنا در زندگی، ۱۵ مورد گزارش کردند که بین این دو مقوله رابطه وجود دارد.

• ۳۵ تحقیق از ۳۸ تحقیق نشان دادند که بین دینداری با ثبات و رضایت از زندگی زناشویی رابطه مثبت وجود دارد.

• ۱۹ تحقیق از ۲۰ تحقیق انجام شده حاکی از وجود رابطه مثبت بین دینداری با حمایت اجتماعی بودند.

• در مورد رابطه بین دینداری و افسردگی ۹۳ تحقیق انجام شده بود که ۶۰ مورد از آنها نشان دادند بین دینداری و نشانه‌های افسردگی رابطه معکوسی وجود دارد.

• ۶۸ پژوهش در زمینه گرایش به خودکشی، اقدام به خودکشی و موفقیت آمیز بودن خودکشی و ارتباط آنها با خودکشی صورت گرفته بود که ۵۷ مورد از آنها گزارش دادند افراد با گرایش‌های مذهبی قویتر، نگرش‌های منفی و اقدام به خودکشی کمتری داشته اند.

• ۳۵ پژوهش از ۶۹ پژوهش نشان دادند نشانه‌های اضطراب با مذهب رابطه منفی دارند.

• در ۹۸ تحقیق از ۱۲۰ تحقیق گزارش شده بود که بین مذهب با الکلیسم و سوء مصرف مواد رابطه منفی وجود دارد.

کامر (۲۰۰۵) به پژوهش‌هایی استناد کرده و بیان می‌کند افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی و کسانی که خداوند را سرد و بی توجه به خود می‌پندارند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. آنها در برابر استرس‌ورهای عمده زندگی - از بیماری گرفته تا جنگ - بهتر مقابله می‌کنند و کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. در ایران نیز تحقیقاتی به

منظور بررسی رابطه بین باورهای معنوی و مذهبی با سلامت روان انجام گرفته است که در ادامه چند نمونه از آنها ذکر می شود.

نتایج تحقیق بهرامی احسان (۱۳۸۱) نشان داده است که بین جهت گیری مذهبی و عزت نفس همبستگی مثبت بالایی وجود دارد. همچنین نمرات جهت گیری مذهبی و دو جنبه حالت و رگه اضطراب دارای رابطه معکوس بودند. او بیان می دارد که مذهب قادر است نقش درونی در تأمین سلامت روانی افراد ایفا نماید. از طرفی، چارچوبهای مرجع مذهبی، همچون مکانیزمهای مقابله ای، عزت نفس و اضطراب را کنترل می نماید.

میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰) نیز ارزشهای مذهبی تعدادی از بیماران روانی را مورد بررسی قرار داده اند. آنها در این مطالعه از آزمون ارزشهای مذهبی آلپورت برای سنجش ارزشهای مذهبی و SCL90 برای سنجش علائم روانی استفاده کردند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که ارزش مذهبی در بیماران روانی به شکل معناداری کمتر از افراد گروه کنترل است. از دیگر یافته های تحقیق مذکور این بود که بین شدت اضطراب و افسردگی و ارزشهای مذهبی همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد. نتایج این تحقیق با مطالعه خدایاری فرد (۱۳۸۰) هماهنگ است. نتیجه این تحقیق نیز حاکی از وجود رابطه ای مثبت و معنادار بین مذهبی بودن و سلامت جسمانی و روانی است. از طرفی آنها دریافتند که مذهب می تواند در مقابله با عوامل فشارزا کمک شایانی به فرد بنماید.

اسلامی و همکاران (۱۳۷۸) نیز به بررسی رابطه بین افسردگی و نگرشهای مذهبی در دانش آموزان پرداختند. نتایج تحقیق آنها نیز موید وجود رابطه معکوس بین شدت افسردگی و نمرات آزمون نگرشهای مذهبی بود. از دیگر یافته های این تحقیق این بود که تفاوت معناداری در میزان جهت گیری مذهبی و افسردگی در دانش آموزان دختر و پسر وجود ندارد.

رابطه بین سلامت جسمانی و دینداری نیز توسط برخی از محققان مورد بررسی قرار گرفته است. مولر<sup>۱</sup> (۱۳۸۰) نشان داد که عقاید مذهبی و معنویات با سطح بالای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، ایدز، ناراحتیهای قلبی، قطع عضو و آسیب نخاعی همراه است.

---

۱. Muller

فیتچت، ریبارکزی، دمارکو و نیکلاس<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) نیز گزارش کرده‌اند که مذهب اگر چه در تسریع بهبودی جسمی افراد قطع نخاعی یا سازگاری آنها با شرایط خود تأثیری ندارد، اما در افرادی که بهبودی کمی داشته‌اند، به عنوان منبع تسلی بخش عمل می‌کند.

کوئینگ (۱۹۹۸) نیز در تحقیقی از ۳۳۸ بیمار بستری یک سؤال باز پاسخ را پرسید که مضمون آن عبارت بود از: مهمترین عاملی که آنها را در مقابله با بیماری توانا ساخته بود چیست؟ حدود ۴۲/۳٪ از این افراد در پاسخ ایمان مذهبی را مطرح کرده بودند.

با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در مورد ارتباط دینداری و سلامت روانی و جسمانی می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین گرایش‌های دینی افراد و سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد. از طرفی، موفقیت آمیز بودن درمان‌های اختلالات روانی مبتنی بر مذهب نیز مؤید وجود رابطه معکوس بین اختلالات روانی و دینداری است.

تحقیقات ققیهی و همکاران (۱۳۸۱)، اسداللهی، معلمی، یعقوبی و مهدوی (۱۳۸۱)، خدایاری فرد (۱۳۷۹)، دوستدار قلی (۱۳۷۹)، عرب و (۱۳۷۷) و جان بزرگی (۱۳۷۷) نیز حاکی از اثر بخشی روان درمانی‌های مبتنی بر مذهب در درمان اختلالات خلقی و اضطرابی بوده است.

تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را نیز بهبود می‌بخشد. کوئینگ بیان می‌کند که افراد معنوی دارای کارکرد ایمنی بهتر و غدد درون ریز منظم تری هستند. او بر اساس تحقیقاتی که انجام داده، بر این باور است که افراد معنوی کمتر به واسطه سرطان می‌میرند. از طرفی بیان می‌کند که شیوع بیماری‌های کرونری قلب در افراد با گرایش‌های معنوی قویتر کمتر است و این امر با رفتارهای سالم در این افراد مثل پایین بودن مصرف سیگار، ورزش کردن، مصرف کلسترول کمتر و بهداشت خوب ارتباط دارد. او گزارش می‌دهد که ۱۲ مطالعه از ۱۴ مطالعه نشان داده‌اند که بین معنویت و فشار خون طبیعی ارتباط وجود دارد. کوئینگ در تبیین وجود ارتباط بین معنویت و سلامت جسمانی می‌گوید معنویت هیجان‌ات و کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار داده، این امر نیز به نوبه خود سیستم ایمنی و غدد درون ریز وی را متأثر می‌سازد. بنابراین، باورها و اعمال

۱. Fitchet, Rybarczyk, DeMarco & Nicholas



معنوی با رفتارهای سالم، کارکرد ایمنی قویتر و شرایط قلبی عروقی بهتر و عمر طولانی تر همراه است (کوئینگ، ۲۰۰۴).

به نظر می رسد تعداد قابل توجهی از تحقیقات انجام شده مؤید وجود تأثیر مثبت دینداری بر سلامت روانی و جسمانی بوده اند، اما سؤالی که در اینجا مطرح می شود، این است که دقیقاً منظور از دین چیست و دین چگونه می تواند چنین تأثیراتی را ایجاد نماید؟ برای پاسخ به این سؤال لازم است تعریفی از دین ارائه گردد.

ارایه تعریف عملیاتی از دین و دینداری همواره کاری سخت و بحث برانگیز بوده است. در این تحقیق دینداری میزان علاقه و احترام فرد به دین تعریف شده است. موضوع مهم در تعریف دین، یک بعدی یا چند بعدی دانستن آن است. تحقیقات اخیر نشان دهنده این موضوع است که اغلب پژوهشگران به سمت چند بعدی بودن دین گرایش یافته اند. مطالعات گلاک<sup>۱</sup> و استارک<sup>۲</sup> در مورد چند بعدی بودن دین مورد توجه بسیاری از پژوهشگران واقع شده است. از مدل دینداری گلاک و استارک به طور کامل یا نسبی در بسیاری از پژوهشهای مربوط به دینداری استفاده شده است. بر اساس این مدل در همه ادیان دنیا به رغم تفاوتهای موجود در جزئیات، ابعاد مشترکی وجود دارد. این ابعاد شامل ابعاد اعتقادی<sup>۳</sup>، تجربه ای<sup>۴</sup>، پیامدی (کاربردی)<sup>۵</sup>، مناسکی<sup>۶</sup> و فکری<sup>۷</sup> هستند. بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند. بعد تجربه ای یا عواطف دینی ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا یا واقعیتی غایی است. بعد مناسکی یا اعمال دینی شامل اعمال دینی مشخصی شامل عبادات و اعمال مورد تأکید دین است. بعد فکری یا دانش دینی مشتمل بر اطلاعات و دانستیهای مبنایی معتقدات هر دین است که مورد انتظار است پیروان هر دین آنها را

1. Glock
2. Stark
3. belief
4. experimental
5. application
6. ritual
7. intellectual

بدانند. بعد پیامدی یا آثار دینی شامل انعکاس چهار بعد مذکور در زندگی روزمره پیروان آن است (سراج زاده، ۱۳۷۷).

تحقیقات قبلی که مورد بررسی واقع شده‌اند، تنها به بررسی رابطه دینداری به شکل کلی با سلامت روانی و جسمانی پرداخته و از بررسی تأثیر ابعاد مختلف دینداری بر سلامت روانی و جسمانی غافل مانده‌اند. به این ترتیب، هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه چهار بعد دینداری (اعتقادی، تجربی، پیامدی و مناسکی) با چهار بعد سلامت عمومی (مسایل روان تنی، اضطراب و بدخواهی، کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید) بوده است. به بیان دیگر، هدف اصلی از انجام این پژوهش پاسخ به این سؤال بوده است که کدام یک از ابعاد دینداری با سلامت عمومی مرتبط است.

سؤالات این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- آیا بین نمرات کل دینداری و سلامت عمومی رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین ابعاد مختلف دینداری با زیرمقیاسهای سلامت عمومی رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین دانشجویان دو جنس تفاوتی از نظر میزان نمرات دینداری مشاهده می‌شود؟
- ۴- آیا بین دانشجویان دو جنس تفاوتی از نظر میزان نمرات سلامت عمومی مشاهده می‌شود؟

## روش

**نوع تحقیق:** تحقیق حاضر از نوع همبستگی است و به منظور تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

**جامعه آماری و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری در این تحقیق کلیه دانشجویان دانشگاه اصفهان بودند. در این تحقیق ۵۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند؛ به این گونه که نمونه‌گیری در مقابل درب ورودی اصلی دانشگاه انجام شد و به هر فردی که وارد می‌گردید، با اطمینان از دانشجوی بودن وی در دانشگاه اصفهان پرسشنامه داده شد. ۲۵ نفر از افراد نمونه مونث و ۲۵ نفر مذکر بودند و دامنه سنی آنها از ۱۸ تا ۳۴ سال متغیر بود. میانگین سنی این افراد ۲۱ سال محاسبه گردید. البته، حجم نمونه به میزان ضریب همبستگی و خطای نوع اول بستگی

دارد. در این پژوهش، میزان ضریب همبستگی قابل توجه و میزان خطای نوع اول کمتر از ۰/۰۰۱ بوده است، بنابراین نیازی به افزایش حجم نمونه نبوده است.

**ابزار تحقیق:** در این تحقیق از دو پرسشنامه<sup>۱</sup> GHQ- 28 و سنجه دینداری مسلمانان استفاده شده است. پرسشنامه GHQ- 28 که توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> و هیلیر<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) معرفی شد، یک پرسشنامه روانشناختی است که برای سرنده سلامت عمومی به کار می رود. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال با پاسخهای چهار گزینه ای است که توسط آزمودنی پاسخ داده می شود. GHQ- 28 از چهار زیر مقیاس جسمی سازی (سؤالات ۱ تا ۷)، اضطراب و بد خوابی (سؤالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در عملکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی شدید (سؤالات ۲۲ تا ۲۸) تشکیل شده است. در نمره گذاری این پرسشنامه از سیستم لیکرت استفاده می شود که به هر کدام از گزینه های چهار گانه نمره ای داده می شود (۰، ۱، ۲، ۳). گاهی نیز از مقیاس پاسخ دو گانه (۱ و ۰) استفاده می شود. در این پژوهش از نمره گذاری چهار گانه استفاده شده است. بنابراین، دامنه نمرات هر آزمودنی از ۰ تا ۸۴ متغیر است. کسب نمره بالاتر در این آزمون نشانه وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی است (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۰). این پرسشنامه در یک مطالعه بر روی دانشجویان ایرانی انجام شده است و نتایج حاکی از روایی و پایایی آن در میان آنها بوده است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه در ایران ۰/۹۱ بوده است و ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه مشکلات زندگی دانشجویان ۰/۵۸ و با مشکلات تحصیلی آنها ۰/۷۲ محاسبه شده است (مولوی، ۲۰۰۲).

ابزار مورد استفاده دیگر در این تحقیق سنجه دینداری مسلمانان بود. این پرسشنامه توسط سراجزاده (۱۳۷۷) تهیه شده است. در سنجه دینداری مسلمانان چهار بعد اعتقادی، مناسکی، تجربی و پیامدی مورد توجه قرار گرفته است. بعد فکری یا دانش دینی در این پرسشنامه گنجانده نشده است، زیرا در بسیاری از کشورها از جمله ایران آموزش دینی بخشی از برنامه آموزشی مدارس است، بنابراین نمی توان این بعد را معرف معتبری برای دینداری افراد دانست. در جوامع

۱. General Health Questionnaire (28)

۲. Goldberg

۳. Hillier

غربی نیز این بعد معرف معتبری برای دینداری نبوده است. سنجه دینداری مسلمانان متشکل از ۲۶ سؤال است و دارای چهار زیر مقیاس بعد اعتقادی (سؤالات ۱ تا ۷)، بعد تجربی (سؤالات ۸ تا ۱۳)، بعد پیامدی (سؤالات ۱۴ تا ۱۹) و بعد مناسکی (سؤالات ۲۰ تا ۲۶) است. در بعد اعتقادی پرسشنامه، سؤالاتی در حوزه اصول دین گنجانده شده است. سؤالاتی در مورد اعتقاد به خداوند، معاد، حقانیت قرآن، فرشتگان، ظهور حضرت مهدی (عج) و لزوم پرداختن به امر به معروف و نهی از منکر. در بعد مناسکی سؤالاتی در مورد فرایض دینی مثل نمازهای روزانه، روزه گرفتن در ماه رمضان و سایر اعمال دینی همچون قرائت قرآن، شرکت در نمازهای جماعت و جمعه، شرکت در مراسم جشن و عزاداری مذهبی آمده است. در سؤالات مربوط به بعد تجربه ای مسایلی همچون ترس از خدا و توبه و تقرب به او و عواطف فرد نسبت به پیامبر و اولیا مورد پرسش واقع شده است. در بعد پیامدی نیز چارچوبهای رفتاری که یک فرد مسلمان ملزم به رعایت آنها در زندگی روزمره است مورد توجه قرار گرفته است؛ مسائلی مانند حجاب، پرهیز از مصرف مشروبات الکلی و مانند آنها. سؤالات این پرسشنامه نگرشی هستند و در یک طیف پنج قسمتی (کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، بینابین: ۳، موافق: ۴ و کاملاً موافق: ۵) بر اساس سیستم لیکرت نمره گذاری می شوند. به این ترتیب نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نمایانگر دینداری بیشتر است.

برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش اجرای مجدد و هماهنگی درونی استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجه کلی دینداری ۰/۸۳ محاسبه شده است. روایی این پرسشنامه نیز از طریق سه رویکرد مختلف مورد بررسی واقع شده است. نتایج مؤید روایی ساختی و روایی ظاهری آن هستند. روایی بیرونی پرسشنامه از طریق رابطه بین نمرات افراد در پرسشنامه و ارزیابی خودشان از میزان دینداری خود در یک طیف ۱۰ قسمتی، ۰/۶۱، محاسبه گردیده است (سراجزاده، ۱۳۷۷).

**روش آماری:** پس از ورود نمرات همه افراد نمونه به رایانه، با استفاده از نرم افزار SPSS، همبستگی بین نمرات کل و زیرمقیاسهای سلامت عمومی و دینداری محاسبه شد. برای مقایسه تفاوت بین نمرات دوجنس در پرسشنامه سلامت عمومی و دینداری از آزمون  $t^1$  استفاده شد.

## نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات کلی دینداری و سلامت عمومی و زیر مقیاسهای هر کدام به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاسهای دینداری و سلامت عمومی به تفکیک جنس

تعداد	انحراف معیار	میانگین	
۲۵	۱۳/۹۲	۹۰/۵۶	زن دینداری کلی
۲۵	۴/۴۶	۸۶/۰۰	مرد
۲۵	۵/۰۰	۲۸/۸۴	زن اعتقادی
۲۵	۷/۷۶	۲۶/۱۶	مرد
۲۵	۴/۵۳	۲۴/۰۰	زن تجربه ای
۲۵	۴/۱۰	۲۳/۱۶	مرد
۲۵	۴/۳۵	۱۷/۵۶	زن پیامدی
۲۵	۴/۵۷	۱۷/۰۰	مرد
۲۵	۳/۶۱	۱۹/۸۴	زن مناسکی
۲۵	۷/۹۷	۱۹/۶۸	مرد
۲۵	۱۲/۹۵	۲۳/۶۶	زن سلامت عمومی
۲۵	۱۲/۵۵	۱۸/۴۴	مرد
۲۵	۳/۲۷	۴/۸۴	زن جسمی سازی
۲۵	۲/۲۰	۳/۸۰	مرد
۲۵	۴/۱۰	۷/۶۰	زن اضطراب
۲۵	۳/۵۴	۴/۸۴	مرد
۲۵	۴/۰۳	۷/۶۸	زن کارکرد اجتماعی
۲۵	۴/۲۸	۷/۲۰	مرد
۲۵	۴/۳۷	۳/۴۸	زن افسردگی شدید
۲۵	۴/۰۵	۲/۶۰	مرد

نتایج ارائه شده در جدول ۲ گویای این مطلب است که تفاوت بین میانگین نمرات دینداری دانشجویان دو جنس از نظر آماری معنادار نیست. همچنین مقایسه نمرات سلامت عمومی دختران

و پسران نیز نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات سلامت عمومی دختران و پسران وجود ندارد. بنابراین، پاسخ به سؤالات ۳ و ۴ تحقیق مبنی بر وجود تفاوت بین نمرات دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دو جنس منفی است.

جدول ۲: نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات دینداری کلی و سلامت عمومی در دو جنس

تفاوت میانگینها	معناداری	درجه آزادی	آزمون t	
۰/۴۶	۰/۳۹	۴۰/۳۹	۰/۸۷	نمرات دینداری کلی
۵/۱۶	۰/۱۶	۴۷/۹۵	۱/۴۳	نمرات سلامت عمومی

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، همبستگی بین نمره کل دینداری و نمره کل سلامت عمومی منفی و معنادار است ( $r = -0.36$  و  $p < 0.01$ ). بنابراین به سؤال اول تحقیق مبنی بر رابطه بین سلامت عمومی و دینداری، پاسخ مثبت داده می شود. نمره کل دینداری با افسردگی شدید ( $r = -0.38$  و  $p < 0.001$ ) و اختلال در کارکرد اجتماعی ( $r = -0.39$  و  $p < 0.001$ ) رابطه معکوس دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی زیر مقیاسهای سلامت عمومی و ابعاد مختلف دینداری

افسردگی شدید	اختلال در کارکرد اجتماعی	اضطراب و بدخوابی	جسمی سازی	سلامت عمومی	
-۰/۳۸ $p < 0.001$	-۰/۳۹ $p < 0.001$	-۰/۲۷ $p < 0.06$	-۰/۱۰ $p < 0.49$	-۰/۳۶ $p < 0.01$	دینداری کلی
-۰/۴۴ $p < 0.001$	-۰/۴۵ $p < 0.001$	-۰/۲۳ $p < 0.11$	-۰/۰۹ $p < 0.51$	-۰/۳۸ $p < 0.001$	اعتقادی
-۰/۱۷ $p < 0.23$	-۰/۳۷ $p < 0.001$	-۰/۱۳ $p < 0.37$	-۰/۰۲ $p < 0.86$	-۰/۲۲ $p < 0.13$	تجربه ای
-۰/۱۹ $p < 0.18$	-۰/۰۹ $p < 0.51$	-۰/۱۳ $p < 0.37$	-۰/۰۸ $p < 0.56$	-۰/۱۱ $p < 0.43$	پیامدی
-۰/۴۲ $p < 0.001$	-۰/۳۷ $p < 0.001$	-۰/۴۰ $p < 0.001$	-۰/۲۱ $p < 0.15$	-۰/۴۲ $p < 0.001$	مناسکی

از چهار بعد دینداری، سه بعد اعتقادی، تجربه ای و مناسکی با ابعاد مختلف سلامت عمومی همبستگی منفی معناداری را نشان می دهند. تنها بعد پیامدی با ابعاد سلامت عمومی رابطه معناداری ندارد. بعد اعتقادی دینداری با اختلال در کارکرد اجتماعی ( $r = -0/45$  و  $p < 0/001$ ) و افسردگی شدید ( $r = -0/44$  و  $p < 0/001$ ) رابطه معناداری دارد. رابطه بعد تجربه ای دینداری تنها با اختلال در کارکرد اجتماعی معنادار است ( $r = -0/37$  و  $p < 0/001$ ). بعد مناسکی دینداری ارتباط بیشتری با سلامت عمومی دارد. رابطه منفی این بعد با اضطراب و بدخوابی ( $p < 0/001$ ) و افسردگی شدید ( $r = -0/40$  و  $p < 0/001$ )، اختلال در کارکرد اجتماعی ( $r = -0/37$  و  $p < 0/001$ ) و افسردگی شدید ( $r = -0/42$  و  $p < 0/001$ ) معنادار است.

همچنین از چهار زیر مقیاس سلامت عمومی، تنها زیر مقیاس جسمی سازی است که با هیچ کدام از ابعاد دینداری رابطه معناداری ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که تفاوت نمرات دینداری در دو جنس معنادار نبوده است. این امر با نتایج تحقیق سراج زاده (۱۳۷۷) هماهنگ و با نتایج تحقیقات غربی ناهمخوان است. این موضوع را می توان چنین تبیین نمود که در جامعه ایران، شاخص دینداری در هر دو جنس بالاست و احتمالاً تفاوت جنسی در این زمینه وجود ندارد.

از دیگر نتایج به دست آمده می توان به رابطه منفی بین افسردگی و بعد اعتقادی و مناسکی دین اشاره کرد. این امر را می توان چنین تبیین کرد که فردی که دارای اعتقادات دینی قوی باشد، احساس پوچی، ناامیدی و یأس نمی کند و از عزت نفس بالایی برخوردار است. چنین فردی به آینده و محیط پیرامونش خوش بین است و درمورد ابتلا به افسردگی آسیب پذیری کمتری نشان می دهد (کوئینگ، ۲۰۰۴). این یافته ها با نتایج تحقیق کامر (۲۰۰۵)، خدایاری فرد (۱۳۸۰)، میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰) و اسلامی و همکاران (۱۳۷۸) همخوان است. همچنین بعد مناسکی دین نیز با افسردگی همبستگی معناداری داشت؛ بدین معنی که عبادات فردی و جمعی با شدت علایم افسردگی رابطه معکوس دارند. شاید این امر را بتوان چنین تبیین کرد که انجام عباداتی چون نماز، خواندن قرآن و مانند آنها باعث ایجاد احساس نزدیکی به خدا، کاهش احساس گناه و

پوچی در فرد می‌شود. احساس گناه و پوچی از مهمترین عوامل همايند با افسردگی محسوب می‌شوند. لشکری (۱۳۸۱) نیز معتقد است مذهب از طریق ایجاد شادمانی و اعتماد نفس، باعث کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی در فرد می‌شود.

نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهند که علائم اضطراب و بدخواهی تنها با بعد مناسکی دینداری را بطة معناداری نشان می‌دهد ( $r = -0/40$ ). وجود رابطه بین دینداری و اضطراب در نتایج تحقیقات خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۰)، میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰)، بهرامی احسان (۱۳۸۱) نیز گزارش شده است. تحقیقات مذکور بیشتر به وجود رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و ایمان (بعد اعتقادی دین) با اضطراب اشاره کرده‌اند. اما در نتایج تحقیق حاضر همبستگی بین بعد اعتقادی و اضطراب، منفی ( $r = -0/23$ ) اما از نظر آماری معنا دار نبود. نکته جالب توجهی که در اینجا مطرح می‌شود این است که از بین ابعاد مختلف دینداری، بعد مناسکی رابطه قویتری با اضطراب نشان می‌دهد. این امر بر اثر آرامسازی<sup>۱</sup> عبادات بر فرد صحنه می‌گذارد. نتایج تحقیقات چندی نشان داده است که ادای صحیح نماز و پرداختن به نیایش و ذکر باعث احساس آرامش و حالتی شبیه به آرامسازی در فرد می‌شود (منطقی، ۱۳۷۰؛ ویلیامز، ۱۹۹۱ به نقل از هالامی و آرگایل، ۱۹۹۷).

اختلال در کارکرد اجتماعی از بین چهار زیرمقیاس سلامت عمومی بیشترین ارتباط را با ابعاد دینداری دارد. این زیرمقیاس با ابعاد اعتقادی ( $r = -0/45$  و  $p = 0/001$ ) تجربه ای ( $r = 0/001$  و  $p = 0/001$ ) و مناسکی ( $r = -0/37$  و  $p = 0/001$ ) ارتباط معناداری نشان داد. در تبیین رابطه بین کارکرد اجتماعی و بعد اعتقادی می‌توان چنین گفت که فرد مذهبی از احساس مسئولیت بالایی برخوردار است و در انجام کارها از برنامه ریزی خاصی پیروی می‌کند و بدین ترتیب کارها را براساس نظم و وجدان انجام می‌دهد و از انجام درست وظایف خود احساس شادمانی و رضایت می‌کند.

در مورد ارتباط بین بعد تجربه ای دینداری با کارکرد اجتماعی نیز می‌توان به همبستگی بالای بعد تجربه ای با بعد اعتقادی دینداری ( $r = 0/68$ ) اشاره نمود. این بعد بیانگر احساسات فرد نسبت به اعتقادات خود می‌باشد؛ مسائلی چون احساس تقرب به خداوند، توبه و با معنا دانستن اعتقادات.

۱. Relaxation



این امر نیز می تواند با عزت نفس، وجدان قوی و انجام درست کارها مرتبط باشد. از طرفی به رابطه بین بعد مناسکی دینداری و کارکرد اجتماعی اشاره شد. با توجه به تأثیر آرامسازی و افزایش اعتماد به نفس عبادات بر افراد، می توان این رابطه را تبیین نمود.

در بین ابعاد مختلف دینداری، بعد پیامدی رابطه معناداری با هیچ کدام از زیر مقیاسهای سلامت عمومی نشان نداد. سؤالاتی که در این قسمت از پرسشنامه دینداری مطرح شده است، بیشتر به ابعاد اجتماعی دینداری همچون معیارهای انتخاب رهبران جامعه، پرداخت مالیات، برخورد با بد حجابی، برابری حقوق زنان و مردان و ممنوعیت خرید و فروش مشروبات الکلی می پردازد. شاید به این دلیل که نگرش افراد در این زمینه ها شخصی است و بیشتر توسط معیارهای غیر مذهبی و منحصر به فرد تعیین می گردد. همچنین می توان نتیجه گرفت که در بین ابعاد مختلف دینداری این بعد نقش مهمی در سلامت روان ایفا نمی کند. البته، ارایه نظر قطعی در این زمینه منوط به انجام پژوهشهای بیشتر است.

زیر مقیاس جسمی سازی سلامت عمومی نیز تنها زیر مقیاسی است که با هیچ کدام از ابعاد مختلف دینداری، رابطه معناداری نشان نداد. البته، این یافته پژوهش با نتایج پژوهش کوئیگ (۲۰۰۴) مغایر است.

با توجه به مباحث بالا چند نتیجه اساسی حاصل می شود که باید مورد توجه قرار گیرد. یافته های این پژوهش و پژوهشهای قبلی نشان دادند که دینداری با سلامت عمومی رابطه دارد. در ضمن نتایج این تحقیق گویای این مطلب است که از بین ابعاد مختلف دینداری سه بعد مناسکی، اعتقادی و تجربه ای با سلامت عمومی ارتباط بیشتری دارند. از طرفی، افسردگی و اضطراب، دو اختلال مهم و رایج عصر امروز، هر دو با بعد مناسکی دین ارتباط معکوس دارند. بنابراین، یکی از پیشنهاد های این تحقیق برای مطالعات آتی، تفحص بنیادی در متون اصیل اسلامی و استخراج راهکارهای عملی برای مقابله با اضطراب و افسردگی و در گام بعدی بررسی تأثیر این راهکارها بر کاهش نشانه های اختلالات مذکور است. مقایسه روشهای روان درمانی صرف و روشهای درمانی مبتنی بر آموزه های دینی نیز می تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد.

در مرحله پیشگیری اولیه و ارتقای سطح بهداشت روان جامعه نیز می‌توان از راهکارهای عملی مبتنی بر اسلام، از طریق تهیه بروشورها و یا اطلاع رسانی عمومی توسط رسانه‌ها و در آموزش و پرورش سود جست.

مسئله قابل توجه دیگر در این حیطه، لزوم بازبینی در فرآیند تربیت مذهبی کودکان و نوجوانان است. خانواده و نظام آموزشی از مهمترین مراجع تربیت مذهبی در جامعه هستند. به نظر می‌رسد نقش این مراجع در تقویت بعد دانش فکری بیشتر از سایر ابعاد دینداری است. اما با توجه به اینکه بعد مذکور ارتباط چندان محکمی با دینداری کلی ندارد، بازبینی در مطالب کتب آموزش دینی در مقاطع مختلف آموزشی از دیگر پیشنهادهاى این تحقیق است؛ به گونه‌ای که مسایل دینی به شکل عینی و کاربردی تر به دانش آموزان آموخته شود تا دانش آموزان به شکل ملموس‌تری تأثیر دین را بر زندگی فردی و اجتماعی خود احساس نمایند.

در تعمیم نتایج تحقیق مذکور به اقشار دیگر جامعه باید احتیاط کرد. مطالعات آتی باید ارتباط ابعاد مختلف دینداری با سلامت عمومی را در سایر محدوده‌های سنی و اقشار جامعه نیز مورد بررسی قرار دهند. بهتر است در تحقیقات بعدی حجم نمونه وسیع‌تری مورد بررسی قرار گیرد. **تشکر و قدردانی:** از مساعدت، همراهی و راهنمایی‌های جناب آقای دکتر مرتضی منطقی تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

- اسدالهی، قربانعلی؛ معلمی، شیرین؛ یعقوبی، م. و مهدوی، م. (۱۳۸۱). **مقایسه روش مشاوره مذهبی با رفتار درمانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی با محتوای مذهبی**. سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی. تهران: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- اسلامی، ا. و همکاران (۱۳۷۸). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستانهای اسلامشهر، سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵. **طب و تزکیه**. ج ۹، شماره ۳۴، ۲۹-۳۴.

بهرامی، احسان. (۱۳۸۱). رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود، **روانشناسی**، ج ۶، شماره ۴، شماره ۲۴، ۴۵-۵۳.

جان بزرگی، محمد. (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی روان درمانگری با و بدون جهت گیری مذهبی بر اضطراب و تنیدگی. **فصلنامه انجمن روانشناسی**. دوره دوم. شماره ۸.

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت نگری در روان درمانگری با تاکید بر دیدگاه اسلامی. **مجله روانشناسی و علوم تربیتی**. سال پنجم. شماره ۱: ۱-۲۴.

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۰). گستره پژوهشهای روان شناختی در حوزه دین، **اندیشه و رفتار**. ج ۶، شماره ۴، نسخه ۲۴، ۴۵-۵۳.

دوستدار قلی، م. (۱۳۷۹). اثرات درمانی تکنیکهای شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش بر کاهش اضطراب. **فصلنامه پژوهشی - تحلیلی دانشگاه آزاد اسلامی**. سال چهارم. شماره ۱۲ و ۱۳.

سراج زاده، س. ح. (۱۳۷۷). نگرشها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالتهای آن برای نظریه سکولارشدن. **نمایه پژوهش**. شماره ۸ و ۷. پاییز و زمستان ۱۳۷۷. ۱۱۹-۱۰۵.

عرب ورنسفادرانی، م. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مذهبی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معتادان خود معرف شهر یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

فقیهی، علی نقی و همکاران (۱۳۸۱). شناخت رفتار درمانگری اختلال وسواس فکری و عملی **نوجوانان با تاکید بر دیدگاه اسلامی**. سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی. تهران: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات و محیط، احمد. (۱۳۸۰). **مصاحبه و آزمونهای روانی**. تهران: انتشارات سنا.

لشکری، م. (۱۳۸۱). بهداشت روانی در اسلام. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین**، نسخه ۲۴. ۷۶-۷۲.

منطقی، مرتضی. (۱۳۷۰). **سبب‌شناسی و درمان اختلالات روانی در قلمرو اسلامی**. تهران: جهاد دانشگاهی.

موئلر، پی. اس. و همکاران (۲۰۰۱). تأثیر پابیندی مذهبی و معنویت بر سلامت. ترجمه ا.ع. سهراب پور، ۱۳۸۰. **پزشکی و جامعه**. دوره دهم، شماره ۱۶، ۸۶۴-۸۵۶.

میرزمانی، سید محمود و محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۰). تحقیقی پیرامون ارزش مذهبی در گروهی از بیماران روانی براساس تست مطالعه ارزشهای آلپورت، ورنن و لیندزی. **مجله حکیم**. ج ۴. شماره ۱. ۵۸-۵۱.

Baumel, S. (2000). *Dealing with depression naturally: Alternative and complementary therapies for restoring emotional health*. (2th ed). Los Angeles : Keats Publishing .

Comer, R. C. (2005). *Fundamentals of abnormal psychology*. New York : Worth Publication

Fitchett, G. Rybarczy, K. B. D. DeMarco, G. A. and Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 335- 353.

Goldberg, D. P. and Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Hallhami, B. B. and Arghle, M. (1997). *The psychology of religious behavior, belief, and experience*. London: Routledge.

Inayatullah, S. (2005). Spirituality as the fourth bottom line, *Futures*. 37, 573-579.

Kim, Y., Seidlitz, L., Ro, Y., Evinger, J. S., and Duberstein, P. R. (2004). Spirituality and affect: a function of changes in religious affiliation. *Personality and Individual Differences*, 37, 861-870.

Koenig, H. G. (1998). *International Journal of Psychiatry*, 13, 213-224.

Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2, 76-82.

- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journal of Gerontology*, 58, 160-170 .
- Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy (Theory and technique)* . New Jersey : John Wiley .
- Molavi, H. (2002). Validation, factor structure and reliability of the Farsi version of General Health Questionnaire-28 in Iranian students. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 17, (3 , 4), 3-15.





پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی